



**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA  
MAXILO - FACIAL REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

**STOMATOLOGY AND MAXILLO - FACIAL SURGERY INTERNSHIP  
REPORT PERFORMED AT CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO  
DO PORTO**

Joana Cristina Correia Rocha

Orientador

**Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida**

Coorientador

**Pedro de Sousa Gomes**

Porto 2023

Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre em Medicina Dentária pela  
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ESTOMATOLOGIA E CIRURGIA  
MAXILO - FACIAL REALIZADO NO CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

STOMATOLOGY AND MAXILLO - FACIAL SURGERY INTERNSHIP  
REPORT PERFORMED AT CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO  
PORTO

Autora:

Joana Cristina Correia Rocha

201809642

[up201809642@fmd.up.pt](mailto:up201809642@fmd.up.pt)

Orientador

Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida

Coorientador

Pedro de Sousa Gomes

## Resumo

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Monografia/Relatório de Estágio, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, na sequência de um estágio observacional desenvolvido no período de 6 de fevereiro a 9 de junho de 2023, nos serviços de Cirurgia Maxilo-Facial do Centro de Cirurgia Integrada de Ambulatório, e Estomatologia Pediátrica, ambos integrados no Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

As consultas de Cirurgia Maxilo-Facial observadas foram focadas essencialmente no Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático; abordagem aos distúrbios da articulação temporomandibular; ao tratamento de fendas labiopalatinas; seguimento de patologias benignas, mas com maior destaque nas consultas pré- e pós-operatórias e seguimento de carcinomas do foro crânio-cervico-oro-facial.

Já na frequência correspondente à valência das consultas de Estomatologia Pediátrica foi possível o acompanhamento das intervenções nas áreas de Dentisteria, Ortodontia, Medicina Dentária Preventiva, e tratamento de doentes com comorbilidades e necessidades de tratamento especiais, que muitas das vezes culminaram com a realização das intervenções terapêuticas sob anestesia geral.

Este relatório visa descrever o espaço físico dos serviços onde o estágio foi realizado, bem como sistematizar todos os conhecimentos, bem como protocolos utilizados, baseados em fundamentação científica, aplicando-os aos casos mais observados nas áreas mencionadas, descrevendo sucintamente alguns dos casos considerados mais interessantes para a prática da Medicina Dentária, incluindo-se a história médica passada e presente do doente, o motivo de consulta, diagnóstico, plano de tratamento, procedimentos efetuados e, se possível, *follow-up*, sob a forma de relato sistemático.

Deste desafiante estágio observacional resulta a realização deste relatório final, concluindo que todas as ensinamentos foram de extrema utilidade para a consolidação de competências teóricas e práticas num contexto hospitalar, dotando-me de uma visão crítica da medicina, do doente e do mundo, cumprindo os objetivos a que me propus.

## Abstract

This internship report was part of the course Monography / Internship Report of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine of the *Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto*, realized through an observational internship attended in the time period between the 6th of February until the 9th of June of the present year, in the services of Maxillo-Facial Surgery at the Center for Integrated Ambulatory Surgery and Pediatric Stomatology at the Outpatient Clinic building, both at the *Centro Hospitalar Universitário de Santo António*.

The Maxillo-Facial surgery appointments were essentially focused on the Orthodontic Surgical Orthognathic Treatment; as well as the approach to temporomandibular joint disorders; the treatment of labial palatine fissures and the follow-up of benign pathologies. However, the pre-operative and post-operative appointments and the follow-up of carcinomas of the cranio-cervico-orofacial region were the topics that were greater emphasized in the present report.

As for the frequency of Pediatric Stomatology appointments, it was possible to follow-up on interventions in the areas of Dentistry, Orthodontics, Preventive Dental Medicine, and patients with comorbidities and special treatment needs, which often led to treatments being performed under general anesthesia.

This report aims to describe the physical space of the services where the internship took place, as well as systematizing all the knowledge acquired during the process. The report also aims to describe the protocols practiced based on scientific proof and foundation and on the recommended bibliography of the Integrated Master Degree, in order to apply them to the most observed cases in the areas previously mentioned, briefly describing some of the cases considered most interesting for the practice of Dental Medicine, including the past and present medical history of the patient, the reason for the medical appointment, diagnosis, treatment plan, procedures carried out and, if possible, follow-up, in the form of a systematic report.

From this challenging observational internship, results the development of this final report, in which is possible to conclude that all the teachings and moments were extremely useful for the consolidation of theoretical and practical expertise in the specific environment of an hospital setting, providing me a critical and well informed view about the thematics regarding medicine, the patient and the world, therefore accomplishing all the objectives I set myself.

## Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de prestar o meu agradecimento aos meus pais, pelo suporte que me deram durante toda a vida, e em especial, ao longos destes desafiantes anos de estudante, que me permitiram nunca desistir.

À Dr. Rute Saleiro, Dr. Hugo Marques e ao Dr. José Amorim por toda a partilha de conhecimento, e hospitalidade com que me trataram.

Aos meus orientador e coorientador, pelo acompanhamento e disponibilidade na realização deste relatório de estágio.

Ao meu namorado, João Francisco, por todo o seu carinho e paciência.

À minha colega e amiga, Inês de Castro, pela sua amizade e bons momentos passados, ao longo destes 5 anos.

Finalmente e não menos importante, a todos os meus professores, pois fizeram crescer em mim a paixão que tenho pela Medicina Dentária e pela ajuda na construção da minha personalidade, quer como estudante e futura Médica Dentista, quer como cidadã.

## Índice Geral

Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Agradecimentos .....	v
Índice Geral.....	vi
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Gráficos .....	ix
Abreviaturas .....	x
Introdução .....	1
Desenvolvimento e Discussão .....	3
1 Caracterização do Serviço de Cirurgia Maxilo – Facial do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) .....	3
1.1 Espaço físico.....	3
1.2 Descrição do estágio e corpo clínico orientador do mesmo .....	4
1.3 Atividade observacional – Consultas externas de Cirurgia Maxilo-Facial .....	4
1.3.1 Seguimento de carcinomas da região crânio-cervico-oro-facial.....	6
1.3.2 Consultas com indicação para Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático..	9
1.3.3 Fendas labiopalatinas .....	12
1.3.4 Distúrbios da articulação temporomandibular .....	14
1.4 Bloco Operatório Central – Relato de Caso de Cirurgia Ortognática Bimaxilar	16
1.5 Caso clínico – Pós-operatório de parotidectomia parcial .....	21
2 Caracterização do Serviço de Estomatologia Pediátrica.....	23
2.1 Espaço físico.....	23
2.2 Descrição do estágio e corpo clínico orientador do mesmo .....	25
2.3 Atividade observacional – consultas externas de Estomatologia Pediátrica ....	26
2.3.1 Ortodontia .....	27
2.3.2 Dentisteria e Endodontia.....	29

2.3.3	Medicina Dentária Preventiva .....	30
2.3.4	Periodontologia .....	30
2.3.5	Cirurgia Oral.....	31
2.3.6	Doentes com necessidade de tratamento especial.....	32
	Conclusões.....	36
	Bibliografia.....	37
	Anexo 1 - Declaração de forma de divulgação do trabalho.....	43
	Anexo 2 - Declaração de Autoria do Trabalho.....	44
	Anexo 3 – Declaração do Parecer dos Orientador e Coorientador para entrega definitiva do trabalho .....	45

## Índice de Figuras

Figura 1-Gabinete médico de CMF. ....	3
Figura 2-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista lateral direita.....	17
Figura 3-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista frontal. ....	17
Figura 4-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista lateral esquerda.....	17
Figura 5-Caixa com disposição das placas de titânio e parafusos perfurantes. ....	19
Figura 6-Referência das placas de titânio utilizadas na fixação rígida interna da maxila. ....	20
Figura 7- Placas de titânio utilizadas na osteossíntese da mandíbula. ....	20
Figura 8-Parte do material a utilizar em Cirurgia Ortognática, ainda por organizar. ....	20
Figura 9-Vista de frente do gabinete médico da sala 422. ....	24
Figura 10-Vista lateral direita do gabinete médico da sala 422. ....	24
Figura 11-Entrada da ala Estomatologia Pediátrica ....	25
Figura 12- Consentimento informado em Cirurgia oral.....	32

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição das consultas observadas em CMF.....	5
Gráfico 2-Distribuição das consultas em Estomatologia Pediátrica.....	26
Gráfico 3-Número de consultas assistidas em Estomatologia Pediátrica, tendo em conta o estado geral de saúde sistémica do doente. ....	32

## Abreviaturas

CHUdSA – Centro Hospitalar de Santo António

CICA – Centro de Cirurgia Integrada de Ambulatório

CMF – Cirurgia Maxilo – Facial

ORL – Otorrinolaringologia

TOCO – Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático

FLP – Fendas Labiopalatinas

ATM – Articulação Temporomandibular

HNC – Cancro da Cabeça e Pescoço

HPV – Vírus do Papiloma Humano

TC – Tomografia Computadorizada

TMN – Sistema de Classificação de Tumores Malignos

AJCC – *American Joint Committee on Cancer*

BBM – Bloqueio Maxilomandibular

FLPS – Fendas Lábio-Palatinas síndrómicas

FLPNS – Fendas Lábio-Palatinas não síndrómicas

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

RM – Ressonância Magnética

AVD – Atividades de Vida Diária

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte Albino-Aroso

USF – Unidade de Saúde Familiar

SU – Serviço de Urgência

ERM – Expansão Rápida da Maxila

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

EB – Endocardite Bacteriana

MPS – Mucopolissacaridoses

## Introdução

A Cirurgia Maxilo-Facial começou a ganhar maior reconhecimento a nível nacional, na década de 1960, quando foram criados os primeiros serviços de Cirurgia Maxilo-Facial nos hospitais portugueses, como o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João. (1) Desde aí, tem sido registado um crescendo na evolução desta especialidade médico-cirúrgica, especialmente com a criação, em 1975, da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Maxilo-Facial. Esta área de intervenção clínica dedica-se ao diagnóstico e tratamento de doenças da cavidade oral, face e região cervical, com maior destaque por áreas como a traumatologia craniofacial, doenças oncológicas do foro crânio-cervico-oro-facial, patologias das glândulas salivares, disfunções da articulação temporomandibular e cirurgias ortognáticas. (2)

A Estomatologia é considerada a primeira especialidade médica a surgir em Portugal. Desde então, Portugal registou um crescendo na expansão e evolução da Estomatologia, tornando-se, na década de 1940, um lugar de destaque de todas as especialidades médicas do país, reconhecendo-se como a mais abundante (35). Esta especialidade visa essencialmente o estudo, diagnóstico, prevenção, e tratamento de todas as anomalias do crescimento facial, com maior incidência e destaque em estruturas anatómicas como as glândulas salivares, articulação temporomandibular, mucosa jugal e outros tecidos da cavidade oral (18).

Este estágio observacional foi desenvolvido durante o período de 6 de fevereiro de 2023 até ao dia 9 de junho do mesmo ano, com uma duração de 8 horas semanais, perfazendo num total 136 horas e foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Monografia/Relatório de Estágio, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

A escolha deste relatório de estágio prende-se pela abrangência de conhecimentos práticos médicos e médico-dentários que o estudante tem acesso, e pela possibilidade de alargar e consolidar o espectro do conhecimento, atentando em primeira mão múltiplos casos práticos de diferentes patologias da cavidade oral. Além disso, a novidade desta escolha, que surgiu no ano letivo de 2021/2022, tornou-se também um motivo para a minha preferência, permitindo o desenvolvimento de competências

específicas, do âmbito da prática clínica e atendimento assistencial em ambiente hospitalar.

Este relatório surge como necessidade de estruturar e de compilar todos os protocolos e procedimentos realizados ao longo do estágio nestas duas especialidades, abordando teoricamente algumas patologias com que me deparei, fundamentadas em conteúdo teórico, percebendo a sua integração numa equipa multidisciplinar. Adicionalmente, este estágio apresenta também finalidade o desenvolvimento da visão crítica e técnico-científica, indispensável à profissão do médico dentista.

## Desenvolvimento e Discussão

### 1 Caracterização do Serviço de Cirurgia Maxilo – Facial do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA)

#### 1.1 Espaço físico

Integrado no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, o Centro de Cirurgia Integrada de Ambulatório (CICA), consiste num centro de cirurgia com diversas especialidades médicas, entre elas a unidade de Cirurgia Maxilo-Facial (CFM). Surgiu no ano de 2011, a 20 de maio, e desde então, tem como missão a prestação de cuidados de saúde, focando no valor da saúde do doente. (3,4)

Embora possua 8 pisos, apenas 4 se destinam à prestação de cuidados.

No CHUdSA, esta unidade localiza-se no piso 1, juntamente com as unidades de Otorrinolaringologia (ORL) e Oftalmologia, partilhando os compartimentos:

- 1 Receção;
- 1 Sala de espera;
- 9 Gabinetes médicos;
- 1 WC;
- 1 Sala polivalente;
- 1 Sala de pensos;
- 2 Salas técnicas;
- 1 vestuário;
- 1 sala de secretariado.

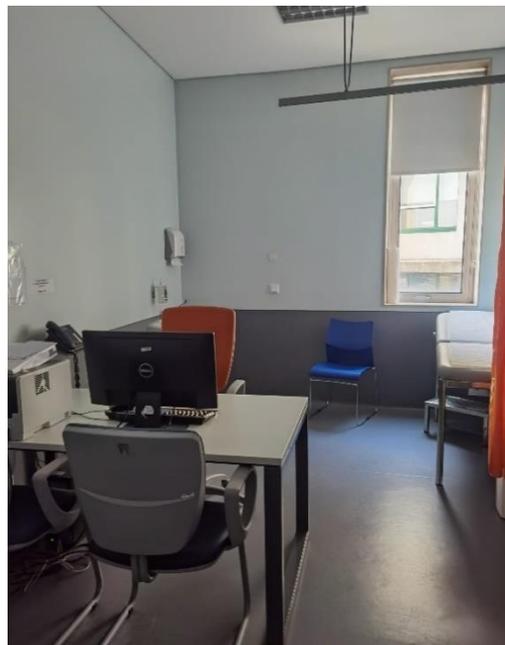


Figura 1-Gabinete médico de CMF.

## 1.2 Descrição do estágio e corpo clínico orientador do mesmo

O estágio no serviço de CMF decorreu entre o dia 6 de fevereiro e 30 de março de 2023, com a duração de 8 horas semanais, repartidas por dois dias: segundas-feiras e quintas-feiras, das 8h30 às 12h30. O estágio contou com a coordenação do Dr. Alfredo Figueiredo Dias, diretor do serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial do CHUdSA.

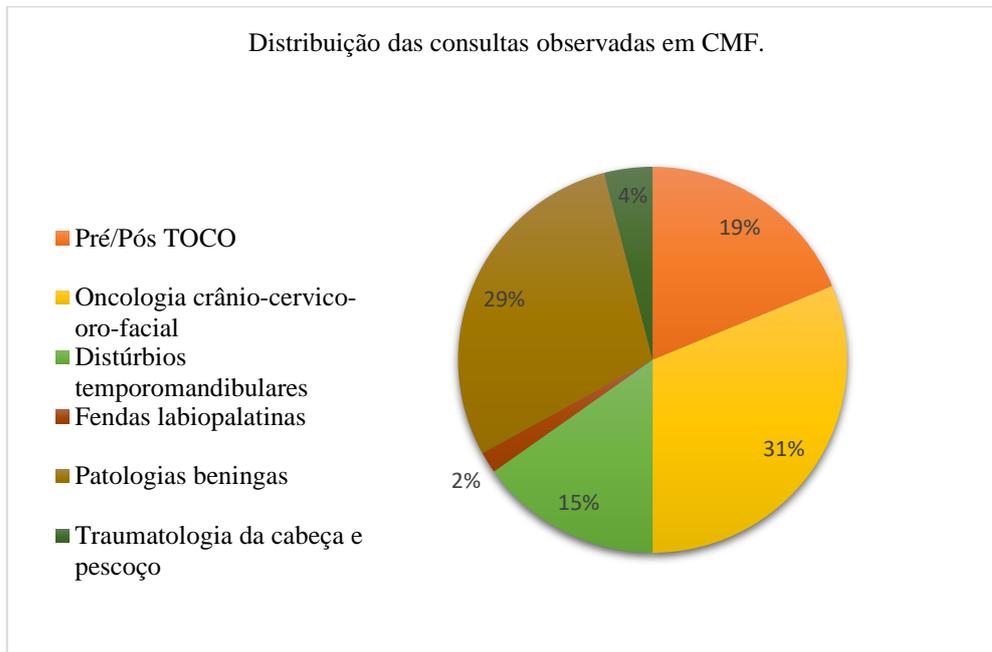
Às segundas-feiras, a atividade observacional consistia essencialmente no seguimento das consultas externas efetuadas pela Dra. Rute Saleiro, enquanto o estágio realizado às quintas-feiras consistia no seguimento das consultas efetuadas pelo Dr. Hugo Marques verificando-se, ocasionalmente, a possibilidade de assistir a cirurgias realizadas no bloco operatório local, na sala Polivalente.

## 1.3 Atividade observacional – Consultas externas de Cirurgia Maxilo-Facial

Durante o estágio, as consultas externas ocuparam a maior parte do período de observação, abrangendo diversas áreas de intervenção:

- Seguimento de carcinomas da região crânio-cervico-oro-facial;
- Consultas pré/pós-operatórias;
- Consultas com indicação para Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático (TOCO);
- Casos de fendas labiopalatinas (FLP);
- Distúrbios da articulação temporomandibular (ATM);
- Traumatologia da cabeça e do pescoço;
- Seguimento de patologias benignas;
- Primeiras consultas, de doentes encaminhados do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António, quer do internamento, ou de outras especialidades médicas (2).

Gráfico 1- Distribuição das consultas observadas em CMF.



Ao longo deste estágio, foi possível a observação de um total de 224 consultas.

No Gráfico 1 encontra-se representada a distribuição relativa das diferentes áreas observadas durante a atividade observacional. Com maior percentagem de casos observados destacam-se as consultas de oncologia crânio-cervico-oro-facial (31%), com 70 consultas contabilizadas; seguidamente com 29%, foi possível observar 65 consultas relacionadas com patologias benignas do complexo crânio-cervico-oro-facial, podendo destacar-se as de exérese de quistos odontogénicos; seguimento de reações liquenóides; leucoplasias da cavidade oral; patologias apicais e ainda consultas pós operatórias de extração de 3<sup>os</sup> molares, dentes inclusos ou supranumerários e seguimento de síndromes com repercussões na região maxilo-facial. Em terceiro lugar, 19% do total de consultas, evidenciam-se as de TOCO, tanto as já com cirurgia realizadas, e, portanto, que se destinam ao seu acompanhamento ou pós-operatório; como as consultas ainda por realizar, perfazendo um total de 42 consultas. Seguem-se as consultas de distúrbios temporomandibulares, num total de 34 consultas assistidas (15%) e as 9 consultas de traumatologia da cabeça e pescoço, onde eram observados maioritariamente casos de fraturas dos ossos frontais, zigomáticos, ao nível da sínfise mandibular e traumatismos em consequência de acidentes de viação. Por fim, as consultas de fendas labiopalatinas, presentes apenas nas consultas de segunda-feira, correspondem apenas a 2% do total observado, isto é, a 4 consultas.

### 1.3.1 Seguimento de carcinomas da região crânio-cervico-oro-facial

A grande maioria das consultas observadas correspondeu ao seguimento de doentes com carcinomas da região crânio-cervico-oro-facial, com uma percentagem de 31%.

O cancro da cabeça e pescoço (HNC) é atualmente reconhecido como o 6º cancro mais incidente. Com mortalidade registada em cerca de 430 mil óbitos em todo o mundo, a sua incidência aumenta a cada ano que passa, e sabe-se que pode abranger diversas estruturas do complexo crânio-cervico-oro-facial, com especial destaque para a língua, palato duro, palato mole, lábios, com maior incidência no lábio inferior, pavimento da cavidade oral, amígdalas, glândulas salivares, ouvido médio, esófago, naso-, oro- e hipofaringe, laringe e a cavidade nasal. (7)

Ainda que se saiba que este grupo de doenças malignas tem efetivamente uma origem multifatorial, podem apontar-se diversos fatores etiológicos, sejam eles infecciosos ou não, associados a uma maior taxa de incidência do carcinoma da orofaringe e da laringe. (7) Assim, destaca-se a utilização do tabaco, consumido sob qualquer que seja a forma, e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tendo-se registados efeitos multiplicativos, aquando da sua associação concomitante. (7) Outros estudos sugerem que possam ser associados outros tipos de fatores para o seu aparecimento, como a exposição solar extrema, bem como hábitos de higiene oral precários e défices vitamínicos, nomeadamente das vitaminas A, C e E. (11)

Quanto aos fatores etiológicos infecciosos, e com um aumento exponencial de casos de HNC nas últimas décadas, destacam-se os associados ao vírus do papiloma humano (HPV), nomeadamente a estirpe HPV16, com provável ligação a uma crescente incidência de cancros da orofaringe. (8) Diversos estudos têm vindo a apontar para uma melhor resposta ao tratamento e um melhor prognóstico destes carcinomas, com o contributo do vírus do papiloma humano para a sua etiologia, em comparação com os cancros associados aos fatores etiológicos não infecciosos, mencionados no parágrafo anterior. (8)

Neste contexto, o Médico Dentista tem um papel crucial na intervenção do doente com HNC, precisamente por ser muitas vezes o profissional de saúde com o primeiro contacto com o doente, em contexto de consultório. Por estarem aptos a identificar

lesões malignas e pré-malignas da cavidade oral e respetivas regiões orofaciais, tornam-se membros ativos de estratégias de prevenção, triagem, e identificação precoce destas lesões, referenciando os doentes para outras unidades de saúde, facilitando o acesso do doente aos cuidados que poderá necessitar e, acima de tudo, contribuindo para um melhor prognóstico e tratamento precoce. (36)

Torna-se por isso cada vez mais importante a consciencialização do profissional para exames como a palpação das cadeias ganglionares, e a inspeção minuciosa da cavidade oral: inspeção da face ventral e bordo lateral da língua, zona posterior da faringe, mucosa jugal, pavimento da cavidade oral, trígono retromolar, regiões do palato duro e palato mole, glândulas salivares e mandíbula. Não esquecer de pedir ao doente que retire próteses dentárias, caso as utilize. (10)

No Serviço de CMF os doentes com suspeita de carcinoma e, após a realização do exame clínico, são sujeitos a exames imagiológicos, para identificação do local exato da lesão e respetivo aspeto imagiológico. Neste contexto, a Tomografia Computorizada (TC) é considerada a técnica *gold standart* para auxílio no diagnóstico, e como controlo e vigilância dos doentes no pós-operatório, pelo que nesses casos são pedidos estes exames imagiológicos com incidência maxilo-facial, pescoço e tórax. (10)

Os tipos de biópsia de lesões suspeitas, na região oro-facio-cervical, comumente realizadas para serem submetidas posteriormente a estudos anatomopatológicos podem ser de 3 tipos: incisional, excisional ou aspirativa. Em relação a esta última, torna-se importante referir que, quando realizadas em lesões de crescimento lento e com comportamento pouco agressivo, como é o caso dos carcinomas adenóides císticos, a quantidade de células recolhida não é muitas vezes suficiente para evidenciar a sua agressividade, isto é, o padrão de invasão das células é muitas vezes pouco percecionado pelo anatomopatologista. (37)

Recolhido o resultado da anatomia patológica e, perante um tumor maligno, é realizado o seu estadiamento. Este torna-se importante para estabelecer uma melhor perceção da gravidade do tumor por parte de todos os profissionais de saúde, permitindo a comunicação uniforme entre todos; e ao mesmo tempo para uma avaliação mais rigorosa acerca do prognóstico da doença e na avaliação dos resultados de tratamento. Segundo o sistema de classificação de tumores malignos (TMN) preconizado pelo *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, T refere-se ao tamanho e à extensão do

tumor primário, N por sua vez à ausência ou presença e a extensão de metástase em gânglios linfáticos regionais, e M à existência ou não de metastização à distância do tumor primário. (10)

Finalmente o caso é discutido em consulta de grupo, onde são abordadas as opções de tratamento do doente entre vários profissionais de saúde das diversas especialidades médicas. O tratamento pode passar pela exérese da lesão, consultas de vigilância com TC de controlo, quimioterapia e radioterapia, ou mesmo abordagens terapêuticas combinadas.

Os intervalos de *follow-up* preconizados no CHUdSA dependem essencialmente do tipo de tumor e o seu grau de agressividade, e destinam-se essencialmente a evitar recidivas. Assim, e seguindo o protocolo de Visscher and Manni, o CHUdSA, preconiza realizar uma TC a cada 2 meses, durante o primeiro ano; seguidamente, no segundo ano, são realizadas a cada 3 meses; no terceiro ano, a cada 4 meses; semestralmente nos quartos e quintos anos e, desde aí, anualmente. A partir do 5<sup>o</sup> ano, e dependendo do historial clínico do doente, poder-lhe-á ser dada alta, mas há estudos que apontam que esta só deveria ser preconizada ao décimo ano. O intervalo de consultas também é ajustado com o tempo. Nas consultas externas observadas, a regularidade das consultas era a seguinte: mensalmente nos primeiros 6 meses e até ao fim do 1<sup>o</sup> ano, de 2 em 2 meses; no 2<sup>o</sup> ano, as consultas são marcadas com intervalos de 4 em 4 meses e semestralmente a partir ao 3<sup>o</sup> ano. Obviamente que estes intervalos de tempo não são estáticos e que dependem da disponibilidade do doente, persistência dos fatores de risco, entre outros. (10)

### 1.3.2 Consultas com indicação para Tratamento Ortodôntico Cirúrgico Ortognático

Quando os casos não são passíveis de resolução unicamente através da camuflagem ortodôntica, o TOCO torna-se cada vez mais uma solução segura e eficaz na resolução das anomalias dento-faciais e na melhoria das condições mastigatórias, respiratórias, estéticas, de fonação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente. A abordagem contemporânea ao tratamento ortodôntico-cirúrgico deve ser realizada quando o crescimento craniofacial termina. (14)

A abordagem ao TOCO visa restabelecer as proporções dentofaciais, permitindo a reposição da maxila e mandíbula, tornando-se condição necessária a partilha de informação clínica constante entre o médico dentista ortodontista, o médico dentista generalista e o cirurgião maxilo-facial, em todas as fases do tratamento: fase de ortodontia pré-cirúrgica, cirurgia ortognática propriamente dita e fase de finalização ortodôntica. (14)

Assim, na fase pré-cirúrgica a preparação ortodôntica pode ser feita tanto no CHUdSA, como se assim o desejarem, existe a possibilidade de realizar o tratamento ortodôntico em contexto de clínica privada com comunicação por intermédio de cartas ao cirurgião maxilo-facial e através da confeção de modelos de gesso, realizados por norma a cada 3 meses, permitindo ao cirurgião constatar a evolução ortodôntica do doente, ajudando na preparação da cirurgia.

É importante salientar que, para um planeamento cirúrgico adequado, é impreterível investir tempo na realização de um correto exame clínico, num diagnóstico adequado, suplementado com registos fotográficos e imagiológicos do doente, como a radiografia panorâmica, a telerradiografia de perfil, com a respetiva análise cefalométrica na primeira fase do tratamento. (14)

Durante a preparação, o objetivo consiste em evidenciar as discrepâncias esqueléticas do doente, para tornar a oclusão pós-cirúrgica correta e estável. Se a descompensação das arcadas não for adequadamente realizada, poderá aumentar a probabilidade de recidiva no futuro. (14)

A cirurgia de modelos consiste numa simulação ortodôntica pré-cirúrgica de extrema utilidade para orientar e planejar o tratamento, mas essencialmente para guiar o cirurgião maxilo-facial nos movimentos tridimensionais da maxila e da mandíbula, a realizar no dia da cirurgia, tornando-a mais previsível e precisa. Embora os modelos sejam utilizados durante todo o tratamento, a sua utilização tem ênfase particular nesta etapa cirúrgica pois, quando articulados, simulam as posições finais da maxila e mandíbula em relação cêntrica e, é também, a partir deles que se obtêm as férulas cirúrgicas, que facilitam o posicionamento e bloqueio maxilomandibular (BMM) no peri-operatório. (10)

A mentoplastia, indicada para correção de deformidades esqueléticas do mento, é muitas vezes realizada numa segunda fase cirúrgica, cerca de 6 ou 7 meses após a cirurgia ortognática. Muitas vezes a necessidade da sua realização prende-se com as preferências estéticas do doente, que ainda não estando completamente satisfeito com a sua estética facial, recorre ao cirurgião maxilo-facial para melhorar a projeção do mento. Esta pode ser considerada tanto de avanço como de recuo, movida verticalmente superiormente ou inferiormente e os movimentos são efetuados no plano transversal. Esta não é realizada de imediato, isto é, no dia previsto para a cirurgia de reposicionamento dos maxilares, devido ao impacto causado no mento por outras osteotomias, que acabam por sobressair sempre o mento e, dessa forma, não ser necessária intervenção de uma mentoplastia, deixando o doente igualmente satisfeito. (10,38)

É conveniente alertar o doente para as modificações que uma cirurgia ortognática acarreta na face e na estética, modificações essas tanto em termos de aparência como nas funções do aparelho estomatognático, a perceberem num curto período. Assim, para movimentos de avanço maxilomandibulares, toda a zona paranasal ficará mais preenchida. O doente notará provavelmente uma maior exposição dos incisivos superiores, por redução da espessura do lábio superior, e uma tendência relativamente elevada para o alargamento das bases alares e projeção da ponta do nariz. Em regra, para os movimentos descritos, as vias aéreas também sofrem modificações, contribuindo para um aumento destas. (39,40)

Perceber o grau de motivação do doente para a cirurgia e a capacidade de adaptação para as mudanças faciais é extremamente importante para a seleção dos

casos a tratar. Por se tratar de uma faixa etária relativamente jovem, e por isso com capacidade de adequação às circunstâncias relativamente grande, estas mudanças costumam ser bem aceites pelos doentes, com impacto positivo na sua autoestima. No entanto de realçar a importância da gestão das expectativas, prevenindo possíveis desilusões ou em casos mais extremos, a rejeição do próprio aspeto físico e a necessidade do encaminhamento, se necessário, dos doentes para um colega psicólogo ou psiquiatra. (15)

Os riscos do TOCO eram das questões mais colocadas pelos doentes, na consulta anterior à cirurgia. Estes podem ser maiores ou menores, de ação imediata ou tardia. O maior risco, na verdade, é a lesão nervosa, direta ou indiretamente, do nervo alveolar inferior, mas também em outros nervos, como por exemplo o nervo lingual. No entanto podemos destacar outras complicações como dor, edema, sangramento nasal, epistaxis, cicatrizes faciais, formação de hematoma, infeção, encurtamento labial, osteotomias desfavoráveis, risco de recidiva, rejeição das placas e parafusos de titânio, embora de rara incidência, e parestesia transitória do lábio inferior, com resolução normalmente até um ano. A má-oclusão é outra complicação da cirurgia ortognática, mas também a que mais facilmente se resolve, uma vez que muitos doentes continuam a utilizar aparelho ortodôntico depois da cirurgia. (41,42)

Para além dos riscos da cirurgia também são dadas as informações relativamente aos cuidados a ter durante o pós-operatório, na consulta anterior à cirurgia maxilo-facial. Idealmente, o doente deverá colocar gelo por períodos de 15 a 20 min para diminuir o edema, terá de usar os elásticos de forma continuada por 15 dias, e a partir daí, retirar apenas para refeições durante 1 mês. Nos primeiros 15 dias, a alimentação será exclusiva por uma palhinha e de consistência líquida / muito mole. A partir daí, poderá ter refeições de maior consistência e ir progredindo consoante a tolerância ao desconforto. Por norma conseguem retornar aos hábitos alimentares normais ao fim de 6 semanas, que coincide com o período de remoção dos elásticos. Idealmente deverá realizar uma pausa na sua atividade profissional, nos primeiros 15 dias, pausa essa que poderá, dependendo dos casos, estender-se por um mês. (38)

Por fim, o *follow up* de um TOCO no CHUdSA é feito do seguinte modo: a primeira consulta é realizada após 15 dias da cirurgia, por noma acompanhada de uma

telerradiografia de perfil e uma radiografia panorâmica. As segunda e terceira consultas são realizadas 1 mês e 3 meses após a cirurgia.

### 1.3.3 Fendas labiopalatinas

As consultas de fendas labiopalatinas são uma das áreas de intervenção do serviço.

A sua prevalência com o passar dos anos tem aumentado e podem ser subdivididas em: fendas labiopalatinas sindrômicas (FLPS) e fendas labiopalatinas não sindrômicas (FLPNS), sendo as últimas mais prevalentes. Geralmente mais prevalente no género masculino que no feminino, esta anomalia congénita deve-se essencialmente à não fusão dos processos frontonasais com os maxilares, por volta da 4<sup>a</sup>- 8<sup>a</sup> semana de vida intrauterina. (5)

A etiopatogenia das FLP é múltipla, podendo destacar-se alguns fatores de risco associados ao seu aparecimento, designadamente ambientais ou comportamentais da progenitora. Estes incluem o consumo de álcool e drogas, tabagismo, cruzamentos com grau de consanguinidade e histórias de gravidez com idade superior ou igual a 30 anos; e ainda fatores de risco genéticos, sugerindo a sua origem multifatorial. Tem sido descrita a importância dos genes como reguladores do desenvolvimento labiopalatino no período embrionário, reconhecendo-se o gene IRF6, cuja mutação poderá implicar alterações no desenvolvimento orofacial. (5,6)

Podemos destacar a sua presença em múltiplas síndromes, de entre os quais a síndrome de Treacher Collins, a síndrome de Van der Woude e a síndrome de Pierre Robin, quase como sendo uma característica patognomónica destas condições. (43)

É necessário uma intervenção e vigilância constante por parte de uma equipa multidisciplinar, intervindo por isso profissionais de saúde como os Médicos Dentistas, Pediatras, Terapeutas da Fala, Estomatologistas e Cirurgiões Maxilo - Faciais devido à vasta gama de complicações associadas a esta anomalia: desde já pertencentes ao foro psicológico, como desequilíbrios na autoestima, dificuldades nas relações interpessoais; anemia, desnutrição (destacando-se as dificuldades inerentes à amamentação), infeções recorrentes e problemas associados à fala. (5,6)

A cirurgia Maxilo-Facial e a Medicina Dentária são áreas com uma capacitação particular, como principais especialidades envolvidas no tratamento destas condições, que na maioria dos casos passa pela realização de enxertos ósseos e tratamentos ortodônticos. Ainda com limites pouco esclarecidos pela literatura, podemos dividir estes enxertos ósseos alveolares em três grupos: primários ou precoces (a realizar por volta dos 2 anos); secundários (dos 2 aos 12 anos); e terciários ou tardios (depois dos 12 anos), com maior probabilidade de insucesso. Para que a probabilidade de sucesso seja mais elevada, os enxertos ósseos devem ser realizados numa faixa etária compreendida entre os 8 e 12 anos, depois metade a 2/3 da formação da raiz do canino maxilar, correspondente ao lado da fenda, estar completa, controlando estes *timings* com recurso à radiologia, através de radiografias panorâmicas ou intraorais periapicais. Na realidade, e na maioria das vezes, estes protocolos não são cumpridos, muitas vezes por quebra de informação e logística associada, tornando os enxertos primários cada vez mais realizados. (10)

A desvantagem inerente a estes procedimentos traduz-se no aumento da taxa de restrição de crescimento maxilar, quanto mais precoce for o procedimento cirúrgico. Para além destas cirurgias, os doentes fissurados são normalmente sujeitos a outras cirurgias, coadjuvantes à ação de restrição do crescimento maxilar: cirurgia reparadora do lábio; cirurgia do palato e da mucosa nasal. Podem ainda estar sujeitos a mais cirurgias, de revisão. (10)

É ainda de salientar que a associação entre a taxa de sucesso do procedimento e os materiais autólogos usados na cirurgia de enxerto está também descrita, relatando uma menor reabsorção óssea e perda do enxerto quando usados simultaneamente enxertos que englobam osso medular, juntamente com tábulas de osso cortical, por exemplo, através da colheita da crista ilíaca do doente. Este local particular é especialmente utilizado, precisamente pela quantidade de osso medular que apresenta e pela disponibilidade de osso. No entanto, os ossos da calote craniana também são utilizados, com menores taxas de sucesso. (10)

Para terminar, em casos com necessidade cumulativa de tratamento ortodôntico cirúrgico ortognático e rinoplastia, causadas por bases alares desviadas da linha média, as intervenções devem ser realizadas entre os 14 e 18 anos, com base nas

características individuais de crescimento e, no caso da rinoplastia, após os 18 anos, preferencialmente, depois da cirurgia ortognática. (10)

#### 1.3.4 Distúrbios da articulação temporomandibular

Os distúrbios da ATM preencheram cerca de 15% da atividade observacional em consulta externa. Em regra, foram observadas mais doentes do sexo feminino do que masculino.

Podemos dividir as disfunções da ATM em dois grupos distintos: disfunções articulares e disfunções não articulares, que usualmente se manifestam como disfunções musculares, mais prevalentes. Podem estar presentes de forma isolada ou associada, no mesmo doente. As disfunções articulares podem ainda dividir-se em artropatias inflamatórias e não inflamatórias. (10,23)

A história clínica relatada pelo doente e o exame físico por si só, são muitas vezes suficientes para obtenção de um diagnóstico preciso, no entanto, em alguns casos, são requisitados exames auxiliares, como é o caso da Ressonância Magnética (RM), que nos permitirá esclarecer as dúvidas e suplementar a informação que foi obtida pelo exame clínico, direcionando-nos para um melhor plano de tratamento. (10)

Quando se verificava disfunção articular geralmente o doente relatava episódios de bloqueio à abertura da boca que não resolvem com o tempo, dor de difícil controlo mesmo com analgesia, que agrava aquando da mastigação, e rigidez matinal.

Por outro lado, conseguimos direcionar o nosso diagnóstico mais no sentido de uma disfunção não articular, quando o doente refere dor ao deitar para o lado em questão, ou incapacidade em mover o pescoço, ou ainda dor em episódios de maior stress. À palpação muscular detetamos rigidez muscular, limitação da amplitude dos movimentos, disfunção miofascial, associada a pontos gatilho. Por vezes referem que sofrem de *clenching*, mais frequentes nas alturas de maior preocupação diárias, associados a episódios de maior dor. (10,23)

O plano de tratamento difere consoante se trate de uma disfunção articular ou não articular. Assim, no primeiro caso, a artrocentese é o tratamento mais comum. (44)

A atrocentese é considerada um procedimento cirúrgico minimamente invasivo e realizado sem visualização direta da articulação, ao contrário da artroplastia aberta, que permite a inserção de um artroscópio conseguindo a sua mobilização. O procedimento da artrocentese no CHUdSA envolve a desinfecção e colocação dos campos operatórios; marcação das linhas de *Holmund* e dos pontos de entrada e saída das ATM; introdução de agulhas intra-articulares e posterior lavagem articular com solução de *Ringer* com lactato; infiltração intra-articular com 1ml de *Durolane*® (Bioventus), e por fim remoção das agulhas e verificação da mobilidade das ATM. (13,44)

Tratando-se de uma disfunção não articular, o plano de tratamento é muitas vezes conservador, passando pelo controlo da dor e da inflamação. Recorre-se muitas vezes a anti-inflamatórios não esteroides (AINES), modificações da dieta, isto é, dieta mole em períodos de maior sintomatologia, relaxantes musculares, controlo da ansiedade (que muitas vezes se torna um fator predisponente para este tipo de eventos), aplicação de calor húmido e fisioterapia, para resolver tensões musculares e melhorar a postura. Embora com carência de estudos na área e evidência insuficiente, não raras as vezes recorrem-se a infiltrações de toxina botulínica, em casos de limitação da abertura da boca e dificuldade nos movimentos mandibulares, por hipertrofia da musculatura orofacial, destacando-se os casos observados de hipertrofia massetéica e temporal no CHUdSA, e na persistência dos sintomas, depois de realizado o tratamento conservador e /ou técnicas infiltrativas. (11,12)

Por outro lado, é necessário realçar a importância do diagnóstico clínico de bruxismo e *clenching*, que podem ser observados em ambas as disfunções, e por isso sendo impreterível o uso de goteira de relaxamento como abordagem terapêutica. (10)

Por último, destaca-se também que muitos dos doentes observados nas consultas de distúrbios da ATM eram desdentados parciais, com distúrbios oclusais, ou reabilitados com próteses mal-adaptadas. Nestes casos, e antes de qualquer tratamento conservador ou técnicas infiltrativas, era aconselhado ao doente o restabelecimento da função mastigatória, recorrendo à Reabilitação Oral, realizando primariamente todos os tratamentos necessários.

Em seguida, apresentam-se dois casos clínicos representativos dos momentos cirúrgicos e pós cirúrgicos observados durante o estágio, nomeadamente em consulta externa no serviço de CMF, bem como no bloco operatório central do CHUdSA,

localizado no piso 5. Tendo por bases os conteúdos teóricos interiorizados, pretende-se aplicar o aprendizado aos casos clínicos que se seguem.

## 1.4 Bloco Operatório Central – Relato de Caso de Cirurgia Ortognática Bimaxilar

### **[Contexto]**

No Bloco Operatório Central do CHUdSA, assisti a uma cirurgia ortognática bimaxilar num doente com classe III esquelética por hipoplasia maxilar, associada a uma laterognatia mandibular e macrogenia verdadeira.

Os deslocamentos a realizar no peri-operatório consistiram em: avanço maxilar de 4 mm; impactação esquerda maxilar de 2 mm e 1,2 mm à direita; deslocamento da linha média de 1,6 mm para a direita; rotação mandibular para a direita, que retrui e oclui, de acordo com os modelos.

### **[Anamnese]**

Doente sexo feminino, sem patologia sistémica associada, com o risco anestésico, segundo a *American Society of Anesthesiologists*, **ASA I**, de 30 anos de idade. Realizou a fase de ortodontia pré-cirúrgica em contexto de clínica privada.

### **[Consulta pré-operatória]**

A doente dirigiu-se à consulta externa no dia anterior para recolha de fotografias extra-orais, revisão dos deslocamentos a efetuar no dia da cirurgia, e preparação dos cuidados pós-operatórios.



Figura 2-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista lateral direita.



Figura 3-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista frontal.



Figura 4-Fotografia dos modelos de gesso articulados na posição final de oclusão, vista lateral esquerda.

### **[Relato cirúrgico detalhado]**

- Desinfecção dos campos operatórios com iodopovidona;
- Infiltração vestibular dos 1º e 2º quadrantes;
- Abordagem maxilar através de realização de uma incisão circunvestibular, com bisturi elétrico; (10)
- Descolamento e exposição óssea do seio maxilar com identificação e preservação dos nervos infra-orbitários;
- Osteotomia maxilar segundo a técnica Lefort I, com impactação de 1 mm à direita e 2 mm à esquerda;
- Mobilização da maxila e avanço, conseguindo-se visualizar o pavimento do seio maxilar e das fossas nasais; (16)
- Fixação maxilomandibular;
- Reposicionamento do complexo maxilomandibular com os côndilos na posição fisiológica;
- Abordagem do septo nasal cartilaginoso, vómer e crista nasal da maxila: são diminuídos em altura, na mesma proporção ao movimento planeado para a maxila; (10)
- Osteossíntese maxilar bilateralmente com 4 placas de titânio, de 4 mm, fixadas com 16 parafusos autoperfurantes, na borda piriforme e região zigomático-maxilar;
- Infiltração submucoperióssea vestibular mandibular;
- Incisão no ângulo mandibular e deslocamento do subperiósseo da cortical externa e interna com visualização do nervo alveolar inferior;
- Osteotomia dos bordos internos da mandíbula, osteotomia dos ramos direito e esquerdo, e posterior osteotomia dos bordos basilares, com junção com a osteotomia dos ramos;
- *Split*, separação e mobilização das corticais interna e externa de cada ramo;
- Identificação e libertação do nervo alveolar inferior;
- Posicionamento condilar e BMM intraoperatório em oclusão;

- Osteossíntese com 2 placas de titânio, fixadas com parafusos de 4 mm anteriormente e 6 mm posteriormente;
- Remoção do bloqueio e verificação da oclusão;
- Sutura, em planos:
  - do septo cartilaginoso à espinha nasal anterior, com monofilamento 2-0 não reabsorvível;
  - das mucosas maxilares e mandibulares, internamente, com pontos simples, vicril 4-0, reabsorvíveis;
  - das mucosas maxilares e mandibulares, externamente, com 2 pontos contínuos, vicril 3-0, reabsorvíveis
- Colocação de elásticos intermaxilares;
- Colocação de 2 drenos suturados com seda 2-0.

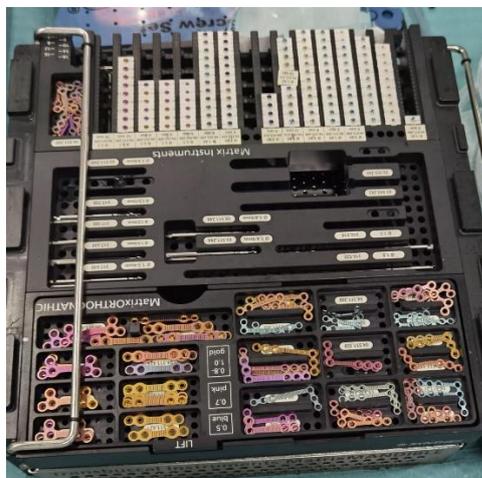


Figura 5-Caixa com disposição das placas de titânio e parafusos perfurantes.



Figura 6-Referência das placas de titânio utilizadas na fixação rígida interna da maxila.

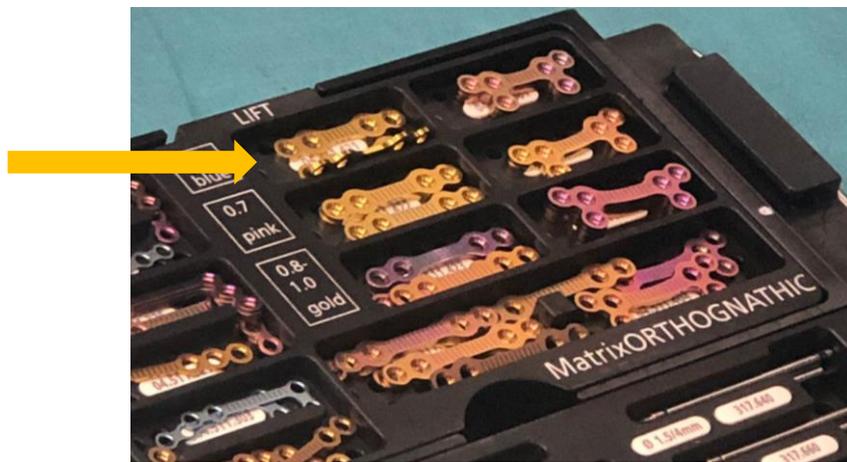


Figura 7- Placas de titânio utilizadas na osteossíntese da mandíbula.

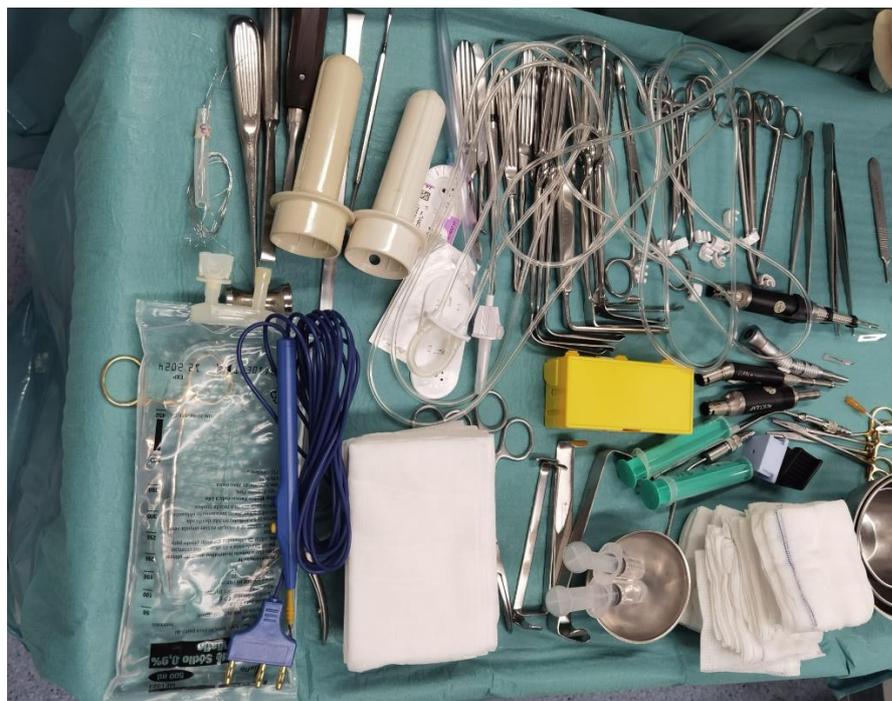


Figura 8-Parte do material a utilizar em Cirurgia Ortognática, ainda por organizar.

### [Consulta pós-operatória]

Na consulta de pós-operatório, doente relatava ainda não ter sensibilidade no lábio inferior, e que neste momento se encontrava no ponto de viragem entre a utilização continuada dos elásticos, e a sua remoção para as refeições e higiene oral. Refere ainda não se ter decidido quanto à vontade de realizar a mentoplastia. Nega outras queixas.

Aconselhou-se esperar cerca de 6 meses para decidir avançar ou não quanto a esse procedimento cirúrgico.

Realizou-se radiografia panorâmica, permitindo a comparação entre o pré- e o pós-cirúrgico, fotografias extra orais frontais, de perfil, a 45 graus, tanto em sorriso forçado, como em repouso.

### 1.5 Caso clínico – Pós-operatório de parotidectomia parcial

Doente do sexo feminino, 33 anos, autónoma nas atividades de vida diária (AVD). Nega antecedentes pessoais de relevo e refere alergias ao contraste dos exames imagiológicos TAC e RM, bem como refere alergia alimentar ao chocolate e kiwi.

Quanto à medicação habitual, refere tomar fluoxetina, 20 mg, 2 cápsulas diárias; alprazolam, 0.5 mg e desogestrel, 0.075 mg.

Revela nódulo na parótida esquerda, na sua metade superior, com localização mais profunda, com cerca de 15 mm.

**Macroscopia:** Retalho nodular de glândula salivar *major* com 2,3g e 20 mm de maior dimensão, com superfície externa focalmente lacerada e acastanhada. Ao corte, identifica-se neoplasia expansiva, de tecidos compactos e esbranquiçados. Fragmento nodular de gordura com 10 mm de maior dimensão e de onde foi isolado um gânglio linfático com 10 mm de maior eixo.

**Microscopia:** Observa-se retalho com exígua representação de glândula salivar com características compatíveis com glândula parótida, incorporando neoplasia expansiva, bem delimitada, de contornos lobulados, constituída por proliferação epitelial-mioepitelial sem atipia citoarquitetural nem atividade mitótica de relevo. A neoplasia apresenta ainda abundante estroma predominantemente mixóide e sem áreas hialinizadas ou necrose. Não se identificam imagens de invasão dos tecidos adjacentes

nem imagens de invasão vascular ou perineural. Margens cirúrgicas tangenciais à neoplasia.

**Conclusão:** Segundo os resultados do relatório da anatomia patológica, os aspetos morfológicos eram compatíveis com adenoma pleomórfico.

Subsequentemente foi sujeita a parotidectomia parcial e excisão da cicatriz quelóide na região da incisão.

Segundo o relato da cirurgia, foi efetuada uma incisão de Blair modificada, incluindo a cicatriz cervical; identificação da lesão e disseção à volta desta; identificação e preservação do tronco inferior do nervo facial e verificação com neuroestimulador; excisão da lesão; lavagem com soro fisiológico; sutura por planos e sutura na pele com monofilamento 4/0, na região pré-auricular com sutura intradérmica.

Nas consultas pós-operatórias refere hipomotricidade de todo o trajeto do nervo facial, pelo que foi aconselhada a realização de treinos direcionados à musculatura facial.

No presente estágio foi observada na consulta. Ao dia da consulta, a doente queixava-se de hipersudorese e “parece que a pele chora à frente da cicatriz, quando come”, quadro clínico compatível com síndrome de *Frey*. Adicionalmente, refere dor na cicatriz quelóide, complicação da biópsia aspirativa, com conseqüente necrose extensa dessa zona da pele. A zona posterior da cicatriz apresenta uma queratose seborreica, que cria constantemente uma mancha acastanhada. Refere que a tenta tirar com gaze embebida em água morna e que aplica creme hidratante. Além disso, queixa-se de visão turva do olho há cerca de um ano, que não foca as imagens, associada muitas vezes a dores de cabeça, mas que acontece em fases e, portanto, por vezes desaparece. Rapidamente confirmou-se o quadro oftalmológico de uma anisocoria, que não tem ligação com a clínica da doente em CMF.

Relativamente à dissecação extracapsular da lesão, não foram detetados sinais de recidiva.

Assim o tratamento proposto no âmbito da CMF foi o seguinte: aplicação de um corticosteroide tópico na cicatriz quelóide, aplicação de creme reparador, e injeções de triancinolona para aliviar a sintomatologia dolorosa. Foram ainda prescritas injeções de toxina botulínica para correção da síndrome de *Frey*.

## 2 Caracterização do Serviço de Estomatologia Pediátrica

### 2.1 Espaço físico

As consultas externas de Estomatologia são realizadas no Hospital de Santo António, pelo que a unidade está dividida nas alas de Estomatologia Adultos e Estomatologia Pediátrica, possuindo 3 pisos: piso -1, piso 0 e piso 1. O piso -1 engloba a sala comum, bem como a sala de vestuário; o piso 1 contém a sala de reuniões e a sala do diretor de serviço, e por fim o piso 0 contém os gabinetes médicos para consulta externa.

Desta forma, na ala Pediátrica, existem:

- 3 consultórios médicos;
- 1 sala de espera para doentes pediátricos;
- 1 casa de banho;
- 1 sala de administração.

É importante salientar que as salas de enfermagem, colheitas, esterilização e do ortopantomógrafo são comuns a ambas as alas.

Na ala Estomatologia Adultos também podemos destacar:

- 1 sala de administração;
- 1 casa de banho;
- 1 sala de espera;
- 7 consultórios médicos.

Em casos de necessidade de internamento médico-cirúrgico, os doentes pediátricos são internados no Centro Materno Infantil do Norte Albino-Aroso, ao cuidado do Serviço de Estomatologia Pediátrica.



Figura 9-Vista de frente do gabinete médico da sala 422.



Figura 10-Vista lateral direita do gabinete médico da sala 422.



Figura 11-Entrada da ala Estomatologia Pediátrica

## 2.2 Descrição do estágio e corpo clínico orientador do mesmo

O estágio observacional no serviço de Estomatologia Pediátrica, em contexto de consulta externa, teve início no dia 12 de abril e terminou no dia 9 de junho de 2023, sob orientação do Dr. José Amorim. Consistia na observação das consultas, às segundas-feiras e quartas-feiras, normalmente no horário das 8:30h às 12.30h. Adicionalmente, foram observados 4 atos cirúrgicos, no CMIN.

Quanto ao corpo clínico responsável pelo serviço de Estomatologia Pediátrica e Estomatologia Adultos, podemos destacar a presença de 3 médicos no serviço de Estomatologia Pediátrica e 7 médicos no serviço de Estomatologia Adultos.

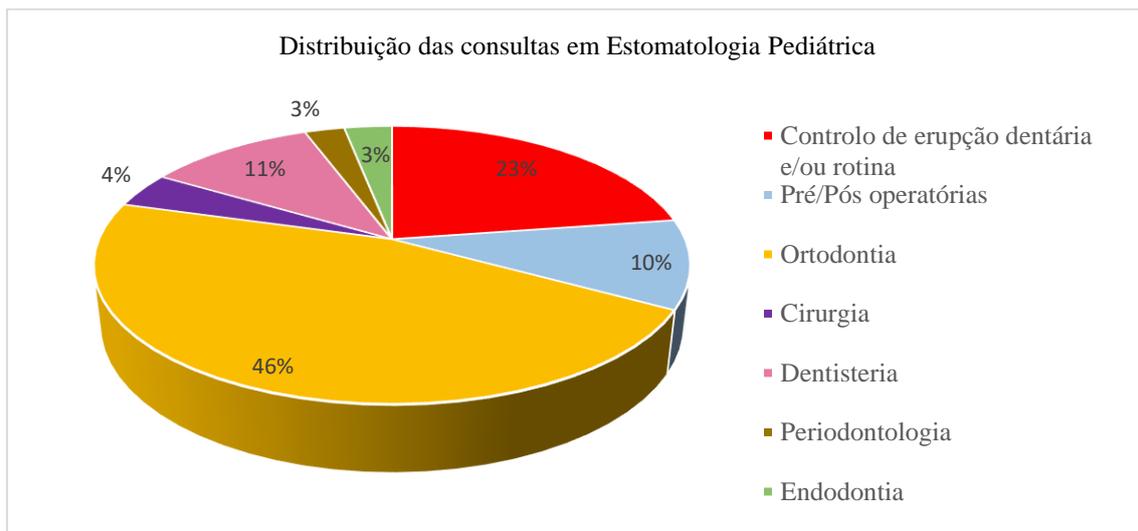
De referir ainda a presença de 7 assistentes operacionais, 1 enfermeira, 5 médicos internos e 2 administrativas, que também integram o organograma do serviço de Estomatologia.

## 2.3 Atividade observacional – consultas externas de Estomatologia Pediátrica

Os doentes observados seguem um critério de admissão à consulta, através de:

- Referenciação interna, provenientes de outras especialidades do CHSA;
- Referenciação externa, proveniente de outras unidades hospitalares ou das suas Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Serviço de Urgência (SU);
- Por referência.

Gráfico 2-Distribuição das consultas em Estomatologia Pediátrica.



Durante este estágio foi possível observar um total de 194 consultas, divididas pelas seguintes 7 áreas:

- 90 consultas de Ortodontia, incluindo consultas de continuação do tratamento com aparelhagem fixa, como aparelhagem removível, e ainda utilização de expansores Hyrax;
- 21 consultas de Dentisteria;
- 6 consultas de Endodontia;
- 44 consultas de controlo de erupção dentária ou rotina, tendo sido realizada apenas a observação clínica da cavidade oral;

- 20 consultas destinadas ao controlo dos procedimentos cirúrgicos realizados em contexto de bloco operatório. Dos 20 casos observados, 1 foi inscrito novamente para cirurgia, por recidiva;
- 5 consulta de Periodontologia;
- 8 consultas de Cirurgia Oral, onde foram realizadas exodontias de dentes monorradiculares e multirradiculares.

### 2.3.1 Ortodontia

Durante a atividade observacional, foram assistidas cerca de 90 consultas correspondentes à especialidade de Ortodontia. No seu âmbito, os procedimentos mais realizados consistiram na troca das ligaduras elásticas, utilizando para o efeito uma pinça de Mathieu; mudança de arcos; reforço das instruções de higiene oral; e na colagem de novos *brackets*, para substituição dos perdidos.

As consultas de ortodontia em doentes pediátricos, podem estar associadas ao tratamento com aparelhagem removível, ou fixa, que por norma, constituem a regra.

Neste grupo de doentes, incluem-se os referenciados pelas suas USF por cáries de infância que, depois de tratadas, enveredam para um tratamento ortodôntico, em casos de más oclusões. Além disso, muitos dos doentes observados constituem casos em TOCO ou portadores de fendas de palato primário e/ou secundário.

Em casos de mordidas cruzadas posteriores bilaterais, com compressão maxilar, ou em doentes com fendas labiopalatinas, inicia-se, em regra, o tratamento de expansão rápida da maxila (ERM), com expansores transversais da maxila dento-suportados, como é o caso do Hyrax convencional, promovendo a separação da sutura palatina mediana. (19)

Nestas consultas é recomendado aos cuidadores que acionem o parafuso  $\frac{1}{4}$  de volta, 3 vezes por semana, em dentição decídua. Nestes casos, o aparelho expande 0,2mm ao dia.(33) Em dentição mista, o parafuso do aparelho deverá ser acionado 2 vezes por dia, por exemplo de manhã e outra vez à noite. Por fim, o aparelho deverá

manter-se em boca por mais 3 ou 4 meses, após a expansão pretendida. O aparelho expande 0,5mm ao dia. (20)

Relativamente à aparelhagem ortodôntica fixa, os métodos utilizados durante a atividade em consulta externa são específicos. É colocada em primeiro lugar na arcada com necessidade mais urgente de tratamento, para que o doente desenvolva um hábito relativamente ao seu uso, sendo que depois de 4 a 8 semanas, em regra, é colocada na outra arcada.

Simultaneamente, são dadas as recomendações para a higiene oral:

- Partir os alimentos em pedaços menores e não trincar com os dentes anteriores;
- Regularidade no uso do escovilhão para higienização dos espaços interdentários e escova habitual, manual ou elétrica;
- Evitar alimentos pegajosos;
- Poderá optar pela cera ortodôntica para colocar nas regiões onde possa traumatizar a mucosa.

Em regra, os arcos ortodônticos selecionados são de liga de níquel-titânio. São usados em detrimento dos arcos de liga de aço inoxidável, por apresentarem um menor desconforto para o doente, sessões menos demoradas e um tempo de tratamento em regra mais curto. (21)

Em regra, antes da colocação dos *brackets* e do arco, são colocados os tubos ortodônticos nos primeiros molares. A utilização única destes, isto é, sem a soldadura prévia nas bandas metálicas e cimentação aos dentes, torna-se vantajosa pela maior colaboração do doente na higiene oral, menor probabilidade de impactação alimentar e conseqüentemente, diminuindo o risco de inflamação gengival. (22)

Finalizada a consulta, uma nova é marcada 4 semanas depois.

### 2.3.2 Dentisteria e Endodontia

Relativamente à área de Medicina Dentária Conservadora, podemos destacar as consultas observadas de Dentisteria e Endodontia, tanto em doentes pediátricos como em adultos.

Os procedimentos restauradores observados eram mais frequentes em dentição permanente do que em dentição temporária ou mista. Eram precedidos de isolamento relativo, recorrendo a rolos de algodão e iniciavam-se com o ataque ácido à estrutura dentária, colocação de adesivo fotopolimerizável e seguido da restauração propriamente dita com dois materiais: Dyract Flow®, (Dentspy Sirona), compósito restaurador fluído, e Normofill Nanoceram®, (Normon), compósito aplicado com pistola dispensadora. No contexto dos procedimentos restauradores visualizados, podemos destacar as restaurações dentárias de classes I, II e classes IV, estas últimas frequentes em casos de traumatismo.

Em cáries profundas geralmente é aplicado IRM® espatulável, e realizada a reavaliação do doente no período de 1 mês. Simultaneamente é prescrita na consulta, a toma de ibuprofeno 400mg, durante cerca de 3 dias, até 3 vezes por dia.

No caso de o processo infeccioso culminar no aparecimento de um abscesso, era prescrito sempre antibioterapia, por norma, a associação de amoxicilina e ácido clavulânico.

Em casos de abscessos de repetição em doentes pediátricos, tratamento de múltiplas cáries, ou quando o doente não era colaborante, normalmente o protocolo englobava a inscrição para eliminação dos focos infecciosos, sob anestesia geral.

Em dentição permanente, no caso de pulpite irreversível, é realizada a pulpotomia para iniciar o tratamento endodôntico radical. Se ainda permanecer a dúvida acerca do diagnóstico de cárie, é realizado o tratamento de espera, restaurando a cavidade com IRM®.

Relativamente à área de Endodontia, foram assistidas um total de 6 consultas, em doentes adultos. O protocolado em caso de abscesso dentário consistia na prescrição de ciprofloxacina, um antibiótico pertencente ao grupo das quinolonas, em caso de desenvolvimento de resistência à associação de amoxicilina e ácido clavulânico.

Adicionalmente era prescrito também ibuprofeno, se persistisse dor entre as consultas de instrumentação dos canais radiculares.

### 2.3.3 Medicina Dentária Preventiva

As consultas de medicina dentária preventiva corresponderam a cerca de 23% do total de consultas observadas. Consistem muitas vezes no primeiro contacto com o doente, acompanhadas de uma radiografia panorâmica, no caso de já terem erupcionado os primeiros molares definitivos, e são úteis para avaliar o seu grau de colaboração e se a erupção dentária está a ocorrer dentro da cronologia normal. Nestas consultas são identificados os principais motivos da consulta e estabelecidos os planos de tratamento, conforme as necessidades.

É de destacar nestas consultas a presença de doentes lactentes, cujos cuidadores revelavam preocupação acrescida em relação ao freio labial superior do bebé. Assim, é frequentemente realizada a manobra de *Graber*, que determinará a presença de freio labial curto. Consiste na tração do lábio superior e verificar se há ou não presença de isquemia da papila palatina e em caso positivo, há indicação para frenectomia. Outra indicação será também se a mãe refere dificuldade na amamentação, por não ocorrer um selamento mamário efetivo, e na pega apenas intervêm o lábio e o mamilo. Embora esta manobra seja de extrema importância, não exclui a necessidade de realização de uma radiografia panorâmica para excluir diagnósticos diferenciais de diastema. (26)

Estas consultas são também direcionadas para a promoção dos hábitos de higiene oral, nomeadamente incentivo para a escovagem e monitorização pelos pais.

### 2.3.4 Periodontologia

Foi possível a observação de 5 consultas relativas à área de Periodontologia. Dizer que os tratamentos preconizados eram constituídos por tartarectomias supragengivais, concretizadas nas zonas com tártaro.

Quando os doentes referiam sensibilidade dentinária eram lhes fornecidas amostras de dentífrico Duraphat® (Colgate-Palmolive Company).

### 2.3.5 Cirurgia Oral

Nas consultas de Cirurgia Oral, eram maioritariamente realizados os seguintes tratamentos: exodontias de dentes decíduos, normalmente raízes dentárias que se perpetuaram nas arcadas dentárias do doente, e que serviam de mantenedor do espaço para os dentes sucessores, que, entretanto, já se encontravam nas arcadas dentárias; exodontias de terceiros molares em doentes adultos; e consultas pré- e pós-operatórias.

Quando o procedimento a realizar na consulta envolvia extrações dentárias, é relevante referir a utilização da anestesia tópica. Lidonostrum® Bomba-Spray 10% (Sidefarma), contendo 10 mg de lidocaína por pulverização da mucosa, era o preferido nas consultas observadas. Pulverizado minutos antes da técnica anestésica infiltrativa supra-perióssea, sendo que depois desta, em dentes superiores, recorria-se à anestesia intrasseptal, como forma de anestesiar em palatino, através da punção da agulha nas papilas. (32)

A exodontia propriamente dita era seguida da curetagem alveolar e a sutura não era realizada, ocorrendo o processo de cicatrização por segunda intenção.

Nas consultas pré-operatórias os doentes apresentavam diagnósticos clínicos variados como dentes supranumerários; cáries em estado avançado em múltiplos dentes, e que por isso requeriam extração sob anestesia geral; lesões quísticas; odontomas; entre outros. Consistiam em consultas breves, onde eram questionadas as alergias medicamente conhecidas; historial clínico presente e passado e intervenções médicas a que foram sujeitos.

Os doentes não colaborantes na realização dos tratamentos dentários em contexto de cadeira, eram inscritos para realizar o procedimento no bloco operatório, no CMIN, com assinatura prévia do consentimento informado pelo cuidador responsável. Nestas cirurgias assistidas, podemos constatar que um hemostático local muito utilizado, em praticamente todas as intervenções em Estomatologia Pediátrica é o Surgicel®

(Johnson & Johnson), enquanto nas assistidas no estágio em Cirurgia Maxilo – Facial, a mesma função era realizada pelo Spongostan® (Ethicon).

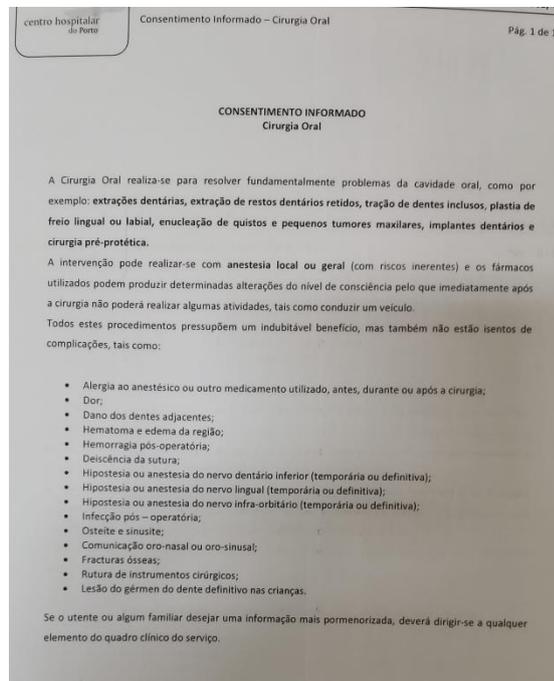
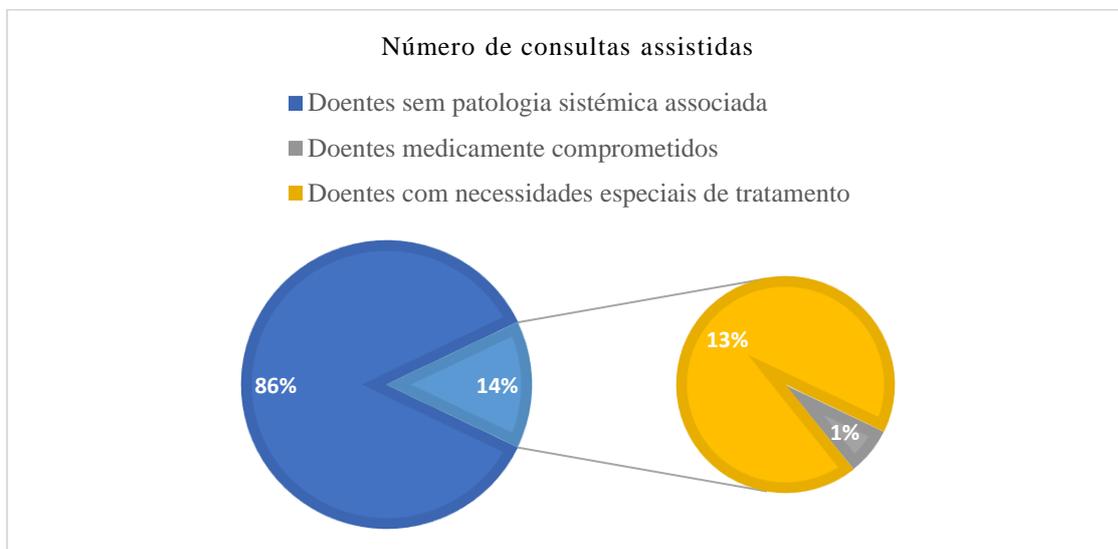


Figura 12- Consentimento informado em Cirurgia oral.

### 2.3.6 Doentes com necessidade de tratamento especial

Gráfico 3-Número de consultas assistidas em Estomatologia Pediátrica, tendo em conta o estado geral de saúde sistémica do doente.



Do total das 194 consultas observadas, 28 foram destinadas a doentes medicamente comprometidos (2 consultas) e doentes com necessidades especiais de tratamento (26 consultas). As restantes 166 consultas observadas correspondiam a doentes sem patologias sistémicas associadas e não tendo por base a toma de medicação habitual.

Assim observaram-se 26 consultas de doentes com necessidades especiais de tratamento, designadamente: perturbação do espectro do autismo, (PEA), (6 doentes); síndrome de Down (4 doentes); atrasos no desenvolvimento psicomotor e atraso na fala (3 doentes); síndrome de San Filippo (3 doentes) ; síndrome de X frágil (2 doentes); miopatia congénita nemalínica (1 doente); síndrome de Nooman (1 doente); transtorno do déficite de atenção com hiperatividade, (TDAH), (5 doentes) e doença do grupo das citopatias mitocondriais (1 doente).

Nas restantes 2 consultas destinadas a doentes medicamente comprometidos, podemos destacar a imunossupressão por transplante renal e a asma.

Das condições identificadas, merecem destaque a PEA, a Síndrome de X frágil e a Síndrome de San Filippo.

A PEA é considerada um distúrbio de desenvolvimento cognitivo, com múltiplas implicações, com repercussões na socialização e comunicação com os pares, revelando dificuldade na expressão, muitas vezes com tendência para um discurso repetitivo. Adicionalmente verifica-se uma dificuldade acrescida para as respostas a vários estímulos, podendo destacar-se os auditivos, fala e visuais, muitas vezes repelando o contacto visual, evidenciando vontade no isolamento. A ida ao médico dentista pode ser muitas vezes encarada como um problema, pela dificuldade que apresentam em aceitar novas rotinas ou tarefas. Relativamente aos hábitos comportamentais podemos destacar não raras vezes a presença da raiva e impulsividade, podendo cursar com doenças do foro psiquiátrico como TDAH e transtornos de humor. As convulsões também são frequentes. (19,27,28)

Um fármaco frequentemente usado para controlar os sintomas de raiva e agressividade é a risperidona. Repercussões do fármaco no estado da cavidade oral e funções do aparelho estomatognático também estão descritas: sialorreia transitória, dificuldade na fonação e deglutição e dificuldade no uso de próteses removíveis. (27)

Ainda sem resultados conclusivos sobre a incidência de cárie dentária e gengivite nestes doentes, mas provavelmente a sua incidência estará relacionada com a destreza manual do doente, tipo de alimentação, bem como qualidade das rotinas de higiene oral. Existe coesão dos estudos para uma maior incidência de trauma dentofacial nestes doentes. (19,27,28)

A Síndrome de X Frágil, de origem genética, que consiste numa mutação no braço longo do cromossoma X e por isso com efeitos mais significativos no sexo masculino. A fácies dos seus doentes é característica, cursando com proeminência do osso frontal, hipotelorismo e macrocefalia, podendo também observar-se protrusão mandibular, palato alto e estreito, macroglossia e hipomineralização molar. Por frequentemente apresentarem uma malformação congénita na válvula mitral, poderá ser necessário recorrer-se à profilaxia antimicrobiana para a endocardite bacteriana (EB). Adicionalmente, por serem doentes possivelmente polimedicados, ao contrário da patologia anteriormente falada, são muitas vezes observadas situações de hipossalivação, situação clínica que contribuirá, aliada à pouca destreza manual, para a redução da eficácia das estratégias de higiene oral, cursando com o aumento da incidência de cárie dentária. (28,29,30)

Por fim, a Síndrome de San Filippo, uma doença autossómica recessiva, que se caracteriza pela deficiência na enzima  $\alpha$ -N-acetil-glicosaminidase, provocando aglomeração de sulfato de heparano, um glicosaminoglicano, no organismo. Pertence à família das mucopolissacaridoses (MPS), caracterizando-se por ser do tipo III B. Os doentes frequentemente cursam com patologias sistémicas diversas como hepatoesplenomegalia, hérnias, infeções respiratórias, perda auditiva, distúrbios no movimento ocular (em que mioclonias matinais são frequentes), nanismo, hipotelorismo e muitas vezes défice cognitivo grave. A nível oral são frequentes os atrasos na cronologia de erupção dentária, hipomineralização incisivo molar, biótopo gengival hiperplásico, com maior tendência para a hemorragia e ainda a presença de macroglossia verdadeira. Por terem tantas as repercussões a nível sistémico, devem ser preferidos os tratamentos em contexto de consultório e não em bloco operatório, pelo risco anestésico que possuem. Os materiais restauradores utilizados devem permitir a libertação continuada de fluoretos para minimizar o risco de desenvolvimento de cárie dentária. (9,28,31)

Torna-se cada vez mais importante elucidar o médico dentista para o diagnóstico pré-natal, através de um teste genético para a MPS, uma vez que este grupo de doenças pode ser detetado *in utero*, e para o aconselhamento genético, permitindo aos progenitores tomar decisões informadas. (9)

## Conclusões

O estágio observacional realizado nos serviços mencionados, exercido ao longo do segundo semestre do presente ano letivo, permitiu a realização deste relatório final. Aqui se encontram compiladas todas as aprendizagens desenvolvidas, incluindo a descrição dos casos clínicos de particular interesse, observados nas consultas externas, sob a forma de relato sistemático, permitindo-me cumprir os objetivos iniciais.

Na minha visão, com este estágio, é inquestionável a oportunidade que o estudante finalista do Mestrado Integrado em Medicina Dentária tem ao alargar e consolidar os seus conhecimentos, permitindo-lhe comparar e questionar com sentido crítico, os tratamentos, protocolos, e opiniões de um corpo clínico vasto e experiente, num contexto hospitalar. Este estágio contribuiu significativamente para a aquisição de uma base formativa alargada, com um desenvolvimento de competências particulares, pela diversidade de casos e patologias assistidas, não só no domínio técnico-científico, mas também na abordagem e interação com o doente, na transmissão da informação clínica e gestão de expectativas. Globalmente uma experiência modificadora da minha visão da prática clínica médico-dentária, com profundas implicações na minha futura atividade clínica.

## Bibliografia

1. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E..Cirurgia Plástica [internet]. Lisboa;2022 [citado a 26 de abril de 2023]. Disponível em <https://www.chln.min-saude.pt/especialidades-cirurgicas/cirurgia-plastica/> .
2. Centro Hospitalar Universitário de Santo António.Cirurgia Maxilofacial [internet]. Porto; 2023 [citado a 12 de março de 2023]. Disponível em:<https://www.chporto.pt/v0C0C0C0E/cirurgiamaxilofacial> .
3. Entidade Reguladora da Saúde.Cerimónia de Inauguração do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório - CICA - Centro Hospitalar do Porto, EPE [internet]. Porto; 2011 [citado a 20 de março de 2023]. Disponível em [https://apch2.ers.pt/pages/24?event\\_id=23](https://apch2.ers.pt/pages/24?event_id=23) .
4. Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório [internet]. Porto; 2023 [citado a 14 de março de 2023]. Disponível em <https://www.chporto.pt/v0C0B0K/centro-integrado-de-cirurgia-de-ambulatorio>.
5. Guedes MPPM. Caracterização demográfica e avaliação de fatores de risco em crianças com fenda lábio-palatina: estudo transversal da Consulta de Fissurados do Hospital Pediátrico de Coimbra-CHUC [Internet]. 2016 [citado 18 de junho de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/37046>
6. Nazaré KA, De IA, Da F, Vieira<sup>1</sup> S, Cássio F, Silva S, et al. Principais Complicações Funcionais E Emocionais Vivenciadas Pelos Portadores De Fissuras Orais Não Síndrômicas Main Functional and Emotional Complications Experienced By People With Non-Syndromic Oral Cracks. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR [Internet]. 2021 [citado 27 de março de 2023];35(1):121–5. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
7. Amaral MN, Faísca P, Ferreira HA, Gaspar MM, Reis CP. Current Insights and Progress in the Clinical Management of Head and Neck Cancer. Cancers (Basel) [Internet]. 2022 [citado 26 de março de 2023];14(24):1–22. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers14246079>
8. Sichero L, Villa LL. Focus on HPV - driven head and neck cancers. 2017 [citado 3 de abril de 2023];29(1):3–4. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/789>

9. Wagner VF, Northrup H. Mucopolysaccharidosis Type III [Internet]. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 2019 [citado 18 de junho de 2023]. p. 1–22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546574/>
10. Miloro M, Larsen PE, Waite PD, Peterson LJ. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 3ªed. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House-USA; 2011.
11. Fonseca RJ. Oral and maxillofacial surgery. 3ªed. Fonseca RJ, Carlson ER, Gregory NM, editores. Vol. 2. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018.
12. Monteiro C. Toxina Botulínica no tratamento de desordens temporomandibulares [Internet]. [Lisboa]: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2012 [citado 4 de abril de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/26616>
13. Dinis EC. Revisão Bibliográfica: Artrocentese versus Artroscopia [Internet]. [Porto]: Universidade Fernando Pessoa; 2019 [citado 18 de maio de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/8641>
14. Cunha VP. Cirurgia Ortognática Em Medicina Dentária [Internet]. Instituto Superior De Ciências Da Saúde Egas Moniz; 2017 [citado 4 de abril de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18922>
15. Estêvão VS de SV. Cirurgia Ortognática - Correção das Deformidades Dentofaciais. [Porto]: Universidade do Porto; 2011; 29-31 [citado 12 de maio de 2023]. p.29-30. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61095/2/monografia%20parte%204.pdf> .
16. Filho Laureano JR, Cypriano RV, Moraes RP de A, Freitas MQ de. Avanço maxilar - descrição da técnica e relato de caso clínico. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial [Internet]. Junho de 2003 [citado 14 de maio de 2023];3(2):25–31. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/25729488/avanco-maxilar-revista-de-cirurgia-e-traumatologia-buco-maxilo-> .
17. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System [internet]. Washington, D.C.; 2023 [revisto em 13 de dezembro de 2020; citado a 10 de abril de 2023]. Disponível em: [ASA Physical Status Classification System | American Society of Anesthesiologists \(ASA\) \(asahq.org\)](https://www.asahq.org/asa-physical-status-classification-system) .

18. Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. A Estomatologia [internet]. Porto;2020 [citado a 15 de abril de 2023]. Disponível em <https://www.estomatologia.org/estomatologia> .
19. Cameron AC, Widmer RP. [tradução de Diorki Servicios Integrales de Edición]. Manual de Odontología Pediátrica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. 366–370 p.
20. Gomes JF da SQ. Expansão maxilar na dentição mista [Internet] [Dissertação]. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2011 [citado 18 de março de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/27289> .
21. Rodrigo Linhares Moraes M, Cristina Gobbi Oliveira R DE. FIOS ORTODÔNTICOS: REVISÃO DE LITERATURA WIRES ORTHODONTIC: LITERATURE REVIEW. UNINGÁ Review [Internet]. 2016 [citado 21 de Maio de 2023];26(1):47–51. Disponível em:<https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1788> .
22. Boyd RL, Baumrind S. Periodontal considerations in the use of bonds or bands on molars in adolescents and adults. Angle Orthod [Internet]. 1 de junho de 1992 [citado 23 de maio de 2023];62(2):117–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1626745/> .
23. Liu F, Steinkeler A. Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders [Internet]. Vol. 57, Dental Clinics of North America. W.B. Saunders; 2013 [citado 18 de junho de 2023]. p. 465–79. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23809304/> .
24. Ordem dos Médicos. Colégio da Especialidade de Estomatologia: A Especialidade [Internet]. Lisboa;2020[citado 23 de maio de 2023]. Disponível em: [Colégio da Especialidade de Estomatologia – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](http://www.colégio-da-especialidade-de-estomatologia.pt)
25. COLTENE. Cotosol F [Internet]. Portugal; 2023 [citado 23 de maio de 2023]. Disponível em: <https://global.coltene.com/pt/products/restauracao/material-temporario/coltosol-f//coltosolr-f/> .
26. Paula A, Peixoto M, Nunes C, Fortunato S, Paes FA, De Paula V, et al. Frenectomia Lingual e labial superior em odontopediatria. Revista científica FACS [Internet]. Novembro de 2019 [citado 23 de maio de 2023];19(24):74-81. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/issue/view/13/5> .
27. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. The neuropathology, medical management and dental implications of autism. Journal of the American Dental

- Association [Internet]. Novembro de 2006 [citado 11 de junho de 2023];137(11):1517–27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0086>.
28. Andrade DJC de, Guedes-Pinto AC. Textos Escolhidos de Odontopediatria [Internet]. 1ª ed. Porto: U.Porto; 2017. Disponível em: <http://edicoes.up.pt> .
29. Montez ARH, Bizarra M de F, Graça SR. Evaluation of oral characteristics and oral health of individuals with fragile X syndrome and related guardians perceptions. Special Care in Dentistry [Internet]. 1 de janeiro de 2021 [citado 11 de junho de 2023];41(1):13–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scd.12529> .
30. Profilaxia da Endocardite Bacteriana na Idade Pediátrica [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2012 [citado 15 de maio de 2023]. p. 1–9. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) .
31. Ponciano S, Sampaio-Maia B, Areias C. Oral manifestations in children with mucopolysaccharidosis. Medical Express [Internet]. Outubro de 2017 [citado 11 de junho de 2023];4(5). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2017.05.04> .
32. Sidefarma. Lidonostrum® Bomba-Spray 10% [Internet]. Lisboa; 2023 [citado 11 de junho de 2023]. Disponível em: [Lidonostrum® Bomba-Spray 10% - Sidefarma](#).
33. Agarwal A, Mathur R. Maxillary Expansion. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. Agosto de 2010 [citado 21 de maio de 2023];3(3):139–46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4993819/>.
34. Patrias K. Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers [Internet]. 2ªed. National Library of Medicine (US): Bethesda; 2007. 10 de outubro de 2007 [citado 11 de junho de 2023; atualizado a 11 de agosto de 2015]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/> .
35. Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. Breve História [Internet]. Porto;2020[citado a 15 de abril de 2023]. Disponível em <https://www.estomatologia.org/historia>.
36. Yadav SK. Oral Cancer Care and Oromaxillofacial Surgery. J Nepal Health Res Counc [Internet]. Agosto de 2015 [citado 3 de abril de 2023];13(30):169–74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26744206/> .
37. Huang CG, Li MZ, Wang SH, Liu Y, Zhang HL, Haybaeck J, et al. Analysis of Cytological Misdiagnosis and Oversight of Adenoid Cystic Carcinoma of Salivary

- Gland. Cancer Control [Internet]. 1 de Janeiro de 2023 [citado 9 de Junho de 2023];30:1–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9829876/>.
38. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM, Ackerman JL. [tradução de Sueli Toledo Basile, et al.] Ortodontia Contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2012.
39. Bouguila J, Bouletreau P. Nasolabial modifications after orthognathic surgery. Revue de Stomatologie de Chirurgie Maxillo faciale et de Chirurgie Orale [Internet]. Setembro de 2013 [citado 12 de junho de 2023];114(4):263–8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edsep&AN=S2213653313001791&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>.
40. Real FH, Sousa GF de, Souza Junior JRS de, Neto JC da S. Análise das vias aéreas superiores após Cirurgia Ortognática. Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial. [Internet]. Junho de 2016; [citado 18 de Junho de 2023];16(2):06–12. Disponível em : [Análise das vias aéreas superiores após Cirurgia Ortognática \(bvsalud.org\)](#)
41. Corrêa Lima M DE, Lopes Toledo Neto J, Tojeiro Giordani A, Suele Bravo D, Aparecida Lopes Bezerra Katakura E, Marzola C. Contribuição para a criação de protocolo de enfermagem em pós-operatório imediato de cirurgia bucomaxilofacial. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR [Internet]. Maio de 2017 [citado 10 de Junho de 2023];18(1):133–7. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr> .
42. Santos R, Sebastiani AM, Todero SRB, Moraes RS de, Costa DJ da, Rebelatto NLB, et al. Complicações associadas à osteotomia sagital dos ramos mandibulares. Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial. [Internet]. 2012; [citado 10 de Junho de 2023];12(1):77–84. Disponível em: [Complicações associadas à osteotomia sagital dos ramos mandibulares \(bvsalud.org\)](#)
43. Carvalho AMP dos SL de. Ortopedia neonatal, ortodontia e tratamento multidisciplinar de lábio leporino e fenda palatina. [Internet]. Instituto Universitário Egas Moniz; 2018 [citado 12 de junho de 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/25544> .
44. Murakami KI. Current role of arthrocentesis, arthroscopy and open surgery for temporomandibular joint internal derangement with inflammatory/degenerative

disease; -pitfalls and pearls-. J Oral Maxillofac Surg Med Pathol [Internet]. 1 de janeiro de 2022 [citado 12 de maio de 2023];34(1):1–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2021.06.009>.

## Anexo 1 - Declaração de forma de divulgação do trabalho



### DECLARAÇÃO Mestrado Integrado em Medicina Dentária

#### Monografia/Relatório de Estágio

#### Identificação do autor

Nome completo Joana Cristina Correia Rocha  
N.º de identificação civil 157 78065 N.º de estudante 201809642  
Email institucional up201809642@edu.fmd.up.pt  
Email alternativo joanacorreia@hotmail.com TTT/TTm 915805662  
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária do Porto

#### Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

#### Título completo

Relatório de estágio em Estomatologia e  
Ortopedia Maxilo-Facial realizado no Centro  
Hospitalar Universitário do Porto

Orientador Ricardo Manuel Casaleiro dos Santos Almeida

Coorientador Pedro de Sousa Gonçalves

Palavras-chave \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto:  (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: \_\_\_\_\_ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: \_\_\_\_\_; 12 Meses: \_\_\_\_\_; 18 Meses: \_\_\_\_\_; 24 Meses: \_\_\_\_\_; 36 Meses: \_\_\_\_\_; 120 Meses: \_\_\_\_\_.

Justificação para a não autorização imediata \_\_\_\_\_

Data 20/06/2023

Assinatura Joana Rocha

## Anexo 2 - Declaração de Autoria do Trabalho



### DECLARAÇÃO

#### Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

20/06/2023

Joana Rocha  
O/A Estudante

## Anexo 3 – Declaração do Parecer dos Orientador e Coorientador para entrega definitiva do trabalho



Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a)

Estudante Joana Cristina Correia Rocha

com o título: Relatório de Estágio em Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial realizado no Centro Hospitalar Universitário do Porto  
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-

se em condições de ser apresentado em provas públicas.

20/06/2023

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)